

**RUBRO 1 - IDENTIFICACION**

TRABAJADOR									
NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		1er. NOMBRE		2do. NOMBRE	
TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		PAIS		VIGENCIA DEDUCCIONES DESDE	MES	AÑO	
EMPLEADOR									
NOMBRE o DENOMINACIÓN									

**RUBRO 2 - ATENCIÓN MÉDICA DE PERSONAS A CARGO**

1	TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		PAIS		FECHA DE NACIMIENTO		
	NACIONALIDAD		SEXO		RELACIÓN		SISTEMA DE SALUD	% DE ATRIBUCIÓN	DISCAPACIDAD
	NOMBRE	1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO	
2	TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		PAIS		FECHA DE NACIMIENTO		
	NACIONALIDAD		SEXO		RELACIÓN		SISTEMA DE SALUD	% DE ATRIBUCIÓN	DISCAPACIDAD
	NOMBRE	1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO	
3	TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		PAIS		FECHA DE NACIMIENTO		
	NACIONALIDAD		SEXO		RELACIÓN		SISTEMA DE SALUD	% DE ATRIBUCIÓN	DISCAPACIDAD
	NOMBRE	1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO	
4	TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		PAIS		FECHA DE NACIMIENTO		
	NACIONALIDAD		SEXO		RELACIÓN		SISTEMA DE SALUD	% DE ATRIBUCIÓN	DISCAPACIDAD
	NOMBRE	1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO	
5	TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		PAIS		FECHA DE NACIMIENTO		
	NACIONALIDAD		SEXO		RELACIÓN		SISTEMA DE SALUD	% DE ATRIBUCIÓN	DISCAPACIDAD
	NOMBRE	1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO	

**RUBRO 3 - DEDUCCIONES DE PROFESIONALES**

APORTES JUBILATORIOS A CAJA DE JUB. Y PENS. DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS	CATEGORIA ( 1 A 10)		
FONDO DE SOLIDARIDAD	1/2 B.P.C.	1 B.P.C.	2 B.P.C.
ADICIONAL FONDO DE SOLIDARIDAD	SI		NO

**RUBRO 4 - CONTRIBUYENTES CON MÁS DE UN INGRESO**

APLICACIÓN DEL MÍNIMO NO IMPONIBLE, MARCAR SI <b>NO</b> CORRESPONDE SU DEDUCCIÓN ANTE ESTE EMPLEADOR	
--	--

**RUBRO 5 - NÚCLEO FAMILIAR**

OPCIÓN DE DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN		SI		NO	
NÚCLEO FAMILIAR	FECHA DE CREACIÓN	FECHA DE DISOLUCIÓN			
IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE/CONCUBINO					
TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		PAIS	
NOMBRE	1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD			SEXO	

**RUBRO 6 - EXCLUSIÓN DEL REGIMEN DE RETENCIONES**

CUMPLE LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL ART. 78 TER DEL DEC.148/007	SI		NO	
---	----	--	----	--

**RUBRO 7 - FIRMA DEL DECLARANTE**

El que suscribe	en su calidad de	se responsabiliza de que la información declarada es completa y correcta .
C.I.	FIRMA	

**RUBRO 8 - CONSTANCIA DE RECEPCION**

FECHA	FIRMA O SELLO
-------	---------------